SOLICITUD PARA ASISTENCIA
CUPONES PARA ALIMENTOS, ASISTENCIA FINANCIERA, COBERTURA DE SALUD

Formulario del Estado 48399 (R2 / 7-03) / FI 2400S

PARA USO OFICIAL LOCAL SOLAMENTE
Fecha de la Solicitud (*mes, día, año*)

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE

Estas instrucciones le explican cómo aplicarse para asistencia. Si usted no entiende las instrucciones o cualquier otra información aquí expuesta, por favor solicite ayuda.

1. *Complete la solicitud que encontrará en la próxima página de este material impreso. Suministre toda la información que le sea posible. Sin embargo, su solicitud será válida si usted nos suministra su nombre y dirección y firma la solicitud.*

2. *Retenga las páginas de "Derechos y Responsabilidades" que se le otorgaron con el formulario de la solicitud. Lea dichas páginas cuidadosamente. Las mismas explican qué debe hacer para ayudarnos a determinar su elegibilidad.*

3. *Después que usted complete la solicitud, entréguela a la recepcionista de la oficina o envíela por correo a la Oficina para la Familia y los Niños del Condado.*

4. *Si está casado/a necesitará presentar solamente una solicitud para usted y su esposo/a que vive en una institución para el cuidado prolongado de la salud.*

5. *Si más de ocho personas viven en el grupo doméstico, por favor pida otra solicitud.*

IMPORTANTE INFORMACIÓN ADICIONAL

6. *Los Cupones para Alimentos son suministrados a partir de la fecha que recibimos su solicitud. Los beneficios de Medicaid podrán comenzar después de los tres meses anteriores al mes de solicitud. Consecuentemente, usted debería presentar su solicitud lo antes posible.*

7. *Su solicitud para los Cupones para Alimentos podrá recibir un procesamiento especial acelerado si su grupo familiar tiene pocos ingresos o ningún ingreso o si usted es un trabajador agrícola migratorio o de temporada. Esto significa que usted podría tener derecho a recibir los Cupones para Alimentos dentro de los siete días después de la fecha en que recibamos su solicitud. Para determinar si reúne los requisitos para el procesamiento acelerado, deberá completar la Sección E al reverso de esta solicitud.*

8. *La Oficina para la Familia y los Niños del Condado debe determinar su elegibilidad para los Cupones para Alimentos dentro de los 30 días si usted no reúne los requisitos para el servicio acelerado y su elegibilidad para Asistencia Financiera (Cash) y Medicaid dentro de los 45 días, con una excepción. Si su elegibilidad para Medicaid está siendo determinada bajo la categoría de Incapacidad, su elegibilidad deberá determinarse dentro de los 90 días.*

9. *Una vez que su solicitud es recibida por la Oficina para la Familia y los Niños del Condado, se hará una cita para que usted sea entrevistado/a por un trabajador del caso. En la entrevista usted completará la Parte II de la solicitud y firmará la Parte III de la misma. Si su entrevista es telefónica, la Solicitud para Asistencia Parte II y III le será enviada por correo para que la firme. Si usted no puede mantener esta cita, deberá ponerse en contacto con:*

_____ *al* _____.

Si usted pierde su cita para la entrevista deberá volver a hacer otra cita. Si no lo hace dentro de los 30 días después de haber presentado su solicitud, ésta será rechazada.

Su cita es para el:

_____, _____, *en* _____ ☐ AM ☐ PM
Día de la semana — Mes, día, año — Hora

en _____.
Dirección

INFORMACIÓN Y VERIFICACIÓN

De acuerdo con el contenido de la solicitud de los derechos y responsabilidades que usted recibió, deberá suministrarnos la información y verificación necesarias para determinar su elegibilidad. A continuación, se enumeran algunos de los documentos, records y otro tipo de información y verificación que podrán necesitarse para determinar su elegibilidad. Este proceso se acelerará si usted lleva a su entrevista dicha información sobre cada uno de los miembros de su grupo de asistencia.

1. Record del número de Seguro Social, tal como la tarjeta de Seguro Social, el número de Jubilación Ferroviaria (*Railroad Retirement*) o el número de Reclamo de Veterano (*Veteran's Claim number*).

2. Record mostrando su edad, tal como la partida de nacimiento, de bautismo, póliza de seguro o record escolar.

3. Record del lugar de nacimiento o, si nació en el extranjero, record de naturalización o estatus como extranjero.

4. Nombre/s, dirección/es, número/s de Seguro Social y número/s del Servicio Militar del padre/s ausente/s de todos los niños; nombres y direcciones de los padres del padre o madre ausente.

5. Partida de Casamiento, si está actualmente casado/a.

6. Póliza de Seguro de Vida y Médica y la chequera de pagos de la prima.

7. Estado de Cuenta bancaria, record de acciones, bonos u otros activos.

8. Marca, modelo, edad y monto debido de cualquier automóvil, camión, bote, camper o trailer; registro o título.

9. Record de todos los ingresos:
    a. Beneficios del Seguro Social, Jubilación Ferroviaria y de Veteranos y asignación militar, tal como la carta de derecho o notificatión.
    b. Sustento al Niño/a (*record del monto total recibido el último mes y el mes actual*).
    c. Contribución (*tal como la declaración de una persona que otorga una contribución*).
    d. Ganancias; recibos de pago; nombre/s y dirección/es de empleador/es; declaración del empleador/es.
    e. Cualquier otro ingreso que usted reciba de cualquier otro origen.

10. Recibos de todos los gastos:
    a. Gastos del cuidado del niño/a.
    b. Gastos de la vivienda, tales como el alquiler, los servicios públicos y las declaraciones de impuestos.
    c. Gastos médicos, tales como recibos del doctor, recibos de los medicamentos, chequera de la prima de seguros, declaración del reembolso de seguros.
    d. Sustento para el Niño/a y orden de la corte mostrando el monto pedido.

PODREMOS DETERMINAR SU ELIGIBILIDAD CON MAYOR RIAPIDEZ CUANTO ANTES RECIBAMOS TODA LA INFORMACIÓN Y VERIFICACIÓN SOLICITADAS

INFORMACIÓN IMPORTANTE

"De acuerdo con la ley Federal y la política del Departmento de Agricultura de los Estados Unidos de Norteamérica (*USDA,sus siglas en inglés*), se prohibe que esta institución discrimine por razones de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar una queja de discriminación escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W. Whitten Building, 1400 Independence Ave., S.W. Washington D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (*mensaje verbal y TDD para sordos*). USDA es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades."

GUARDE ESTA HOJA

SOLICITUD PARA ASISTENCIA - PARTE I -

Cupones para Alimentos, Asistencia Financiera, Cobertura de salud

Formulario del Estado 48399 (R2 / 7-03) / FI 2400S

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE
Fecha de la solicitud
Número del caso

POR FAVOR ***ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA****. Suministre la mayor cantidad de información posible. Su solicitud será válida si usted suministra, por lo menos, su nombre y dirección y firma la solicitud en el reverso, Sección F. Le brindaremos la ayuda que necesite para completar el procesamiento de esta solicitud. Si necesita ayuda, por favor pídala.*

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La información obtenida en este formulario es confidencial bajo las disposiciones estatales y federales, incluyendo 470 IAC 1-2-7, 470 IAC 1-3-1, 470 IAC 6-1-1, 405 IAC 1-1-12, 45 CFR 205.50, 7 CFR 272.1 (c) Y 42 CFR 431.300. Esta información no será dada a conocer excepto como lo permite o requiere la ley o con el consentimiento del solicitante/beneficiario.

SECCIÓN A - AUTORIZACIÓN

Si desea autorizar a alguien que no sea usted mismo para efectuar la solicitud en su nombre, por favor complete la siguiente información:

Deseo que _____ efectúe la solicitud en mi nombre.
(*Nombre de la persona*)

Firma del Solicitante	Fecha (*mes, día, año*)

SECCIÓN B - REGISTRO PARA LOS BENEFICIOS

Si usted es elegible para los Cupones para Alimentos, los beneficios se le suministrarán a partir de la fecha que recibamos la solicitud. Para hacerse acreedor al proceso acelerado para los Cupones para Alimentos deberá completar la Sección "E" en el reverso.

Nombre de la persona que presenta la solicitud (*primer nombre, segundo, apellido*)	Número de teléfono ( )

Dirección de la persona que presenta la solicitud (*número y calle; ciudad, estado, código postal*)

¿Vive con la persona(s) que necesita asistencia?

☐ Sí ☐ No

SECCIÓN C - INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO DOMÉSTICO PARA LA/S PERSONA/S QUE SOLICITAN ASISTENCIA

Dirección del grupo doméstico-si es distinta a la de arriba (*número y calle, ciudad, estado, código postal*)

Dirección postal-si es distinta a la de arriba (*número y calle, ciudad, estado, código postal*)

Número de teléfono
( )

COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCIÓN

Escriba el nombre legal, la fecha de nacimiento y el número de Seguro Social de todas las personas que viven en la dirección arriba indicada. Si desea Asistencia Temporaria para las Familias Necesitadas (TANF) para cualquiera de los niños/as, deberá solicitarla para todas las hermanas, hermanos y padres que viven con el niño/a.

¿Cada una de las personas abajo mencionadas desea solicitar todos los programas de asistencia?

☐ Sí ☐ No (*en caso negativo, marque el/los programa/s solicitados con una X*)

NO.	PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PROGRAMAS SOLICITADOS		
						ASISTENCIA FINANCIERA (CASH)	COBERTURA DE SALUD	CUPONES PARA ALIMENTOS
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

SECCIÓN D - INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

¿La persona que necesita asistencia está en una institución de cuidado médico prolongado?

☐ Sí ☐ No (*si es afirmativo, completar lo siguiente*)

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

(*Continúa en el reverso*)

SECCIÓN E - SERVICIO ACELERADO PARA LOS CUPONES PARA ALIMENTOS

Usted podrá recibir los Cupones para Alimentos dentro de los 7 días de presentar una solicitud completada si la respuesta a una de las siguientes preguntas es Sí.

1. ¿Alguna de las personas es un trabajador/a agrícola migratorio/a o temporario? ☐ Sí ☐ No
   Si respondió Sí:
   (a) ¿Recibirá ingresos de su empleador previo después del día de la fecha? ☐ Sí ☐ No
   (b) ¿Recibirá más de $25 de ingresos de su nuevo empleador dentro de los próximos 10 días? ☐ Sí ☐ No
   (c) ¿Sus recursos circulantes, tales como efectivo, cuenta corriente/ahorros, serán de $100 o menos? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Su alquiler/hipoteca y servicios mensuales serán más que su ingreso mensual bruto y sus recursos circulantes? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Su ingreso mensual bruto es menos de $150 y sus recursos circulantes, tales como efectivo, cuenta corriente/ahorros, son de $100 o menos? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN F - FIRMA

Asevero bajo pena por falso testimonio, que mis respuestas fueron completas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante	Fecha de la firma
Firma de un testigo, si firmó con una "X"	Fecha de la firma

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

INFORMACIÓN ADICIONAL	SERVICIO ACELERADO DE CUPONES / TRABAJADOR	ENTREVISTA/S			
Número del Caso	**REVISOR**	**FECHA**	**HORA**	**CWID (NITC)**	**PROGRAMA**
Rechazo:	☐ Tiene derecho ☐ No tiene derecho ☐ La unidad rechazó el servicio acelerado	___ /___ /___	:		☐ FS (CA) ☐ Cash (AF) ☐ MA (AM)
Programa: ☐FS (CA) ☐Cash (AF) ☐MA (AM)	Iniciales del Revisor				
Fecha (*mes, día, año*)	**ENTREVISTADOR**				
Razón:	☐ Tiene derecho ☐ No tiene derecho ☐ La unidad rechazó el servicio acelerado	___ /___ /___	:		☐ FS (CA) ☐ Cash (AF) ☐ MA (AM)
	Número de ID del Entrevistador				
	Número de ID del Trabajador Continuo	___ /___ /___	:		☐ FS (CA) ☐ Cash (AF) ☐ MA (AM)
	☐FS (CA) ☐Cash (AF) ☐MA (AM)				

Comentarios Generales: